

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule
Nürnberg

Gesundheits- und Pflegepädagogik

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen

Ein Konzept für Bayern?

Sabine Falkenburger

Gutachterin: Gabriele Fley, Dipl. Pflegepädagogin

Abgabetermin: 12.02.2019

Zusammenfassung

Neue Studien ergaben, dass Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen oder finanziell schwachen Elternhäusern in Deutschland gesundheitlich benachteiligt sind. Außerdem steigt die Zahl chronisch und psychisch kranker Kinder an. Da die Gesundheit auch Einfluss auf den Bildungserfolg hat, verstärkt sich die Benachteiligung dieser Kinder noch.

Das Konzept der Schulgesundheitspflege, welches in vielen Ländern fester Bestandteil der Schulkultur ist, könnte hier eine Lösung darstellen. In Deutschland gibt es diese Fachkräfte jedoch nur an wenigen Internationalen Schulen.

Diese Bachelorarbeit gibt einen Einblick in das internationale Berufsbild der Schulgesundheitspflege und deren Grundlagen und zeigt die Möglichkeit eines Konzepts für Bayern auf.

Abstract

New studies showed that children and young people, who come from educationally disadvantaged or financially weak families, are disadvantaged in terms of health. Furthermore, there is an increasing number of chronically and mentally ill children. As health also has an influence on educational performance, the disadvantage of these children increases.

The concept of the school health nurse, which is an integral part of the education system in a lot of countries, could be a solution. Yet in Germany, there are only a few of these specialized staff working at international schools.

This bachelor's thesis gives a brief look into the international job profile of the school nurse and its background and illustrates the possibility of a concept for Bavaria.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Themenbegründung	1
1.2	Aufbau.....	2
2	Grundlagen	3
2.1	Begriffsdefinitionen.....	3
2.2	WHO-Konzept	5
2.3	Die UN-Behindertenrechtskonvention.....	7
3	Die School (Health) Nurse.....	8
3.1	Allgemein	8
3.2	Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland	11
3.3	Schweden	13
3.4	USA.....	14
4	Ist-Zustand in Deutschland mit Schwerpunkt Bayern.....	16
4.1	Gesundheitsförderung und Prävention	16
4.2	Kinder- und Jugendgesundheit und der sozioökonomische Status	18
4.3	Inklusion von behinderten und chronisch kranken Kindern	21
5	Ein mögliches Konzept für Bayern?.....	23
5.1	Was ist vorhanden und was müsste sich ändern?	23
5.2	Möglicher Aufbau eines Schulgesundheitspflege-Systems.....	25
5.3	Qualifikation, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte	26
5.4	Mögliche Finanzierung und entstehende Kosten	27
6	Fazit	28
	Literaturverzeichnis.....	V
	Anhang 1: Berufsbild und Tätigkeitsprofil.....	XV
	Anhang 2: Berechnung der Kosten	XVII
	Erklärung	XVIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Tätigkeitsfeld der School Health Nurse	9
---	---

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zentrale Aufgabenbereiche von School Nurses.....	8
Tabelle 2: National priorities for children and young people's health	12

1 Einleitung

1.1 Themenbegründung

Ende August 2018 ging mit der Veröffentlichung des DAK Kinder- und Jugendreports ein Rauschen durch die deutschen Medien. Viele berichteten von den Ergebnissen dieser Studie, die zusammenfassend aussagt, dass Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern gesundheitlich hinter Kindern aus Akademikerfamilien zurückbleiben (Uhlmann, 2018; Zeit Online, 2018). Aber nicht nur der Bildungsstand der Eltern beeinflusst die Gesundheit der Kinder. Schon zehn Jahre vorher wird vom Zusammenhang zwischen Armut bei Kindern und deren Gesundheitszustand berichtet (Rehrmann, 2008).

Außerdem ist schon länger bekannt, dass die Gesundheit auch Einfluss auf die Bildung jedes einzelnen hat. So können gesundheitliche Probleme Bildungsergebnisse von Schülern negativ beeinflussen (Dadaczynski, 2012; Dillmann, Bensch & Kocks, 2015, S. 119).

Doch wie kann man diesen Problemen begegnen und entgegenwirken? Verschiedene Berufs- und Interessenverbände fordern schon seit Jahren die Einführung von so genannten Schulgesundheitspflegekräften (DBfK, 2014b, 2018; Fleischmann & Fischbach, 2017), um die gesundheitliche Versorgung aller Schüler¹ im Allgemeinen zu verbessern und auf besondere Bedürfnisse einzelner Schüler (z. B. bei chronischen Erkrankungen oder Behinderung) besser eingehen zu können. Diese Forderung ist deshalb schlüssig, da aufgrund der allgemeinen Schulpflicht in Deutschland alle Kinder erreicht werden können.

International sind die so genannten *School Health Nurses*, oder einfach nur *School Nurses*, schon in vielen Ländern ein fester Bestandteil der Schulkultur (AAP Council on School Health, 2016; Kocks, 2008, S. 250; National Careers Service, n.d.), und auch in Deutschland gibt es aktuell dazu ein Modellprojekt (AWO Potsdam, AOK, Unfallkasse Brandenburg, Land Brandenburg Ministerium für Bildung, Jugend und Sport & Land Brandenburg Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2017).

In Bayern gibt es, den Recherchen der Autorin zufolge, bisher keine Bestrebungen solch ein Modell zur Erprobung von Schulgesundheitspflegekräften durchzuführen. Deshalb soll diese Arbeit als Anregung dienen.

¹ In dieser Arbeit wird neben neutralen Bezeichnungen (wie Pflegekraft/Pflegekräfte) auch das generische Maskulinum (Schüler für Schülerinnen und Schüler) verwendet. Dies dient der besseren Lesbarkeit und schließt Personen aller Geschlechter mit ein.

1.2 Aufbau

Zu Beginn werden einige Begriffe definiert und Grundlagen für die Schulgesundheitspflege vorgestellt. Anhand von internationalen Beispielen wird dann das Berufsbild und der Tätigkeitsbereich erklärt.

Danach folgt eine Beschreibung des Ist-Zustandes in Deutschland mit dem Schwerpunkt Bayern bezüglich der aktuellen Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen, der Kinder- und Jugendgesundheit in Verbindung mit dem sozioökonomischen Status und der Inklusion von behinderten und chronisch kranken Kindern.

Darauf werden Punkte für ein mögliches Konzept vorgestellt und erörtert, wie man Schulgesundheitspflege auch in Bayern einführen könnte. Es geht dabei v.a. um gesetzliche Grundlagen, die Qualifikation und Ausbildung solcher Fachkräfte und die Finanzierung des Ganzen.

Aufgrund der Komplexität der einzelnen Bereiche (Schulsystem, Politik, Gesundheitssektor) kann im Gesamten nur ein Überblick gegeben werden, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat.

Im letzten Abschnitt der Arbeit wird ein Fazit die gewonnenen Erkenntnisse zusammenfassen und Ausblick auf zukünftige Überlegungen geben.

2 Grundlagen

2.1 Begriffsdefinitionen

Um etwaigen Verwechslungen oder Verwirrungen vorzugreifen, sollen hier ein paar der wichtigsten Begriffe kurz definiert und erklärt werden.

Inklusion

Stammt vom lateinischen *inclusio* – Einschließung, bzw. *includo* – einschließen, umschließen, (hin)einfügen (U. Niehoff, 2017a; Pertsch, 1997). Es handelt sich um eine nicht an Bedingungen geknüpfte Zugehörigkeit zu einem Ganzen (z.B. der Gesellschaft). „[Inklusion] bedeutet Nicht-Ausgrenzung: Wenn Bürger/innen nicht ausgegrenzt werden, müssen sie nicht integriert werden“ (U. Niehoff, 2017a, S. 435).

Integration

Ebenfalls aus dem lateinischen stammend, von *integratio* – Erneuerung, Wiederherstellung, bzw. *integro* – widerherstellen, ergänzen, auffrischen, erneuern (Pertsch, 1997). Im „soziologischen Verständnis bedeutet [Integration] die Aufnahme von Einheiten in ein bestehendes Ganzes“ (U. Niehoff, 2017b, S. 439). Bei politischen Integrationsbestrebungen geht es um Abbau von Diskriminierung und um rechtliche Gleichstellung der Menschen (U. Niehoff, 2017b).

Der Unterschied von Inklusion und Integration liegt darin, dass bei Integration ein vorher ausgegrenzter Teil in ein bestehendes Ganzes (wieder) aufgenommen wird. Während es bei Inklusion gar keine einzelnen Teile im Ganzen gibt, die ausgegrenzt werden könnten (imh-Projektteam & Pädagogische Hochschule Heidelberg, n.d.; U. Niehoff, 2017b). „Integration verlangt von Menschen mit Behinderung, sich an die Gesellschaft anzupassen. Inklusion dagegen fordert von der Gesellschaft, sich mit ihren Strukturen an die Bedürfnisse aller Menschen anzupassen“ (Dillmann et al., 2015, S. 119).

Prävention

Der Begriff leitet sich vom lateinischen *praevenio* – zuvorkommen, überholen ab und steht für verschiedenste Maßnahmen, die das Auftreten oder Verschlimmern von Erkrankungen verhindern sollen (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 33; Pertsch, 1997). Prävention kann auf verschiedenen Ebenen und an verschiedenen Punkten ansetzen.

Grob lässt sich Prävention einteilen nach der Methodik, bei der es um Verhältnis- (positive Beeinflussung der Verhältnisse in den verschiedenen Lebenswelten), Verhaltens- (Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Verhalten) und medizinische Prävention (Diagnostik und Therapie) geht. Dann noch nach den Zielen (nach dem Zeitpunkt der Entwicklung einer Erkrankung) in Primär- (Ausschalten von Ursachen), Sekundär- (Früherkennung und -behandlung) und Tertiärprävention (Vermeidung von Verschlimmerung und Milderung von Folgen) (Brüggemann, Niehues, Rose & Schwöbel, 2015; J.-U. Niehoff & Abholz, 2011, S. 137–138).

Als drittes kann man noch nach der Spezifität einteilen in universale (Gesamtbevölkerung), selektive (Teilpopulationen mit bestimmten Charakteristika) und indizierte Prävention (Hochrisikogruppen) (Brüggemann et al., 2015).

Gesundheitsförderung

Umfasst „alle Aktivitäten und Maßnahmen, die der Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen [...] dienen“ (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 131). Sie soll also „Menschen befähigen [...], mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern“ (World Health Organization, 1997).

„Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention sind Maßnahmen und Handlungsansätze, die darauf abzielen, die Gesundheit von Menschen zu erhalten und zu verbessern. Die Differenz zwischen beiden besteht darin, dass sich Gesundheitsförderung an Gesundheitsressourcen und Prävention an Gesundheitsrisiken orientiert. Im Rahmen der Gesundheitsförderung wird danach gefragt, was Menschen gesund erhält, in der Prävention danach, welche (Krankheits-)Risiken vermieden werden können“ (Holoch, Lüdeke & Zoller, 2017, S. 22).

Gesundheitskompetenz

Basierend auf dem englischen Begriff *Health Literacy*, vereint der Ausdruck heute die Fähigkeiten „gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, kritisch beurteilen, auf die eigene Lebenssituation beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können“ (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer & Kolpatzik, 2018, S. 12).

Gesundheitserziehung

Hier speziell im Setting Schule gesehen, beinhaltet der Begriff, der als Unterpunkt der Gesundheitsförderung gesehen wird, v.a. die Förderung einer gesundheitlichen Lebensweise im Hinblick auf physische, psychische und soziale Gesundheit und zielte auf eine Verhaltensbeeinflussung ab (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2000, S. 8–10). Seit dem Beschluss der KMK² zur Gesundheitsförderung, ist der Begriff der Gesundheitserziehung zwar nicht mehr gebräuchlich (Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2012), wird aber noch teilweise in den Lehrplänen verwendet.

Schulgesundheitspflege/School (Health) Nurse

Schulgesundheitspflegekräfte, oder auch *School (Health) Nurses* „sind spezialisierte Pflegefachpersonen, die an Grund- und weiterführenden Schulen für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen verantwortlich sind“ (DBfK, 2014a, S. 4). Ihre genauen Qualifikationen, Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder werden ausführlich im Kapitel „Die School Health Nurse“ beschrieben.

² Kultusministerkonferenz

2.2 WHO-Konzept

Die Weltgesundheitsorganisation WHO war auf internationaler Ebene eine der ersten, die Gesundheit als „allgemeines, globales Menschen- und Grundrecht“ (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 24) gesehen hat. Modernen Ansätze von Public Health und Prävention basieren zu meist auf Empfehlungen, die von der WHO in den letzten Jahren auf verschiedenen Konferenzen diskutiert und festgelegt wurden (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 24). Im Folgenden werden drei der wichtigsten in Bezug auf die Entwicklung von Schulgesundheitspflege kurz vorgestellt und zusammengefasst.

Bereits 1986 hat die WHO in der Ottawa-Charta zum aktiven Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung aufgerufen. In dieser Erklärung wird ein umfassendes Verständnis von Gesundheit beschrieben, welches sich nicht durch die bloße Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern noch andere grundlegende Faktoren wie z.B. Frieden, Bildung, Ernährung und Chancengleichheit miteinschließt (World Health Organization, 1986). Gesundheit wird zu einem „wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens“ (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 27).

Unter anderem wurden in der Charta folgende Punkte in Bezug auf die Gesundheitsförderung festgelegt:

- Befähigen und ermöglichen

Unterschiede im Gesundheitszustand, die aufgrund sozialer Verhältnisse entstanden sind, sollen verringert werden. Ziel dabei ist die Chancengleichheit. Dazu werden bestimmte Voraussetzungen geschaffen, damit die Menschen auch selbst Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen können.

- Vermitteln und vernetzen

Es braucht eine koordinierte Zusammenarbeit verschiedenster Stellen in Politik, Gesundheitssektor und Wirtschaft, um eine effektive Gesundheitsförderung anbieten zu können.

- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen

Die sich ständig verändernden Bedingungen in der Gesellschaft haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Hier ist es wichtig, die Lebenswelten der Menschen (z.B. in der Arbeit) so zu gestalten, dass sie förderlich für die Gesundheit sind.

(Aufgrund dieser Forderung entwickelte sich der heutige Settingansatz (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 53))

- Persönliche Kompetenzen entwickeln

Um den Menschen mehr Einflussnahme auf ihre Gesundheit zu ermöglichen, sollen soziale Fähigkeiten und Kompetenzen verbessert werden. Es geht darum, die Menschen zu

lebenslangem Lernen zu befähigen. Dies soll sowohl in den Schulen, am Arbeitsplatz als auch zu Hause ermöglicht werden.

(World Health Organization, 1986)

1997 folgte dann die Jakarta Erklärung, in der für die Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert ein Handlungsrahmen geschaffen wurde. Zu den Grundvoraussetzungen, die schon in der Ottawa-Charta genannt wurden, werden hier erstmals auch neue bzw. veränderte Herausforderungen und Probleme beschrieben, die die Gesundheit beeinträchtigen können. Dazu zählen unter anderem Armut, demografische Trends, die Globalisierung und wiederauftretende Infektionskrankheiten (World Health Organization, 1997).

Insgesamt wurden fünf Prioritäten festgelegt:

1. Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit

Hier sind öffentliche und private Entscheidungsträger gemeint, die sich zu einer sozialen Verantwortung hinsichtlich verschiedener Aspekte von Gesundheit verpflichten sollen. Dazu zählen u.a. Schutz am Arbeitsplatz, Umweltschutz, Nachhaltigkeit und gesundheitliche Chancengleichheit.

2. Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung

Dabei geht es um mehr Investitionen an sich, aber auch um die Verteilung der Investitionen. Zusätzlich soll auf die Bedürfnisse von bestimmten Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Kinder und in Armut Lebenden geachtet werden.

3. Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit

Bestehende Netzwerke sollen verbessert und neue geschaffen werden. Dadurch wird der Austausch von Wissen, Ressourcen, und Fähigkeiten gefördert. Dabei müssen Transparenz und ethische Grundsätze gewahrt bleiben.

4. Stärkung der gesundheitsfördernden Potentiale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen

Dazu braucht es Zugang zu Ressourcen, Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten und die Möglichkeit, am Entscheidungsprozess über die eigene Gesundheit beteiligt zu sein.

5. Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung

Basis dieser Infrastruktur sollen die unterschiedlichen Settings sein (Schulen, Betriebe, Städte, etc.). Darüber hinaus sollen Netzwerke zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung zwischen den Sektoren geschaffen, und Forschung und Entwicklung ausgebaut werden.

(World Health Organization, 1997)

Die Forderungen aus der Ottawa-Charta und der Jakarta Erklärung beeinflussten die 1995 gegründete *WHO's Global School Health Initiativ* bei ihrer Entwicklung der „Health-Promoting Schools“ (World Health Organization, 1998). Das Anliegen dieser Initiative ist es, die Gesundheit von Schülern, Lehrern, Familien und anderen Gemeinschaftsmitgliedern über die Institution Schule zu verbessern. Dazu hat die WHO Kriterien zusammengestellt, die eine gesundheitsfördernde Schule ausmachen (Auszug):

- Bestrebung, die Gesundheit nicht nur der Schüler, sondern auch der Lehrer, Familien und anderer Mitglieder der Gemeinschaft zu fördern
- Unterstützung von Gesundheit und Lernen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln
- Verpflichtung, mit verschiedenen Stellen zusammenzuarbeiten (z.B. Gesundheits- und Erziehungsexperten, Lehrerverbänden, lokalen Politikern) um die Schule zu einem gesunden Ort zu machen
- Bemühung eine gesunde Umgebung, Gesundheitserziehung und Schulgesundheitspflege zu bieten, sowie Programme für Beratung, soziale Unterstützung und zur Förderung der psychischen Gesundheit

(World Health Organization, 1998)

2.3 Die UN-Behindertenrechtskonvention

Im Jahr 2008 trat die UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Kraft, und mit der Unterzeichnung Deutschlands wurde sie auch für die BRD im März 2009 verbindlich (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2018, S. 4). Ihr Zweck ist es, „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern“ (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2018, S. 8). Im Hinblick auf Inklusion und Bildung ist vor allem der Artikel 24 von Bedeutung, in dem festgelegt wurde, dass behinderte Kinder nicht aus dem allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden dürfen. Es sollen entsprechende Vorkehrungen für deren Bedürfnisse getroffen werden und sie sollen die notwendige Unterstützung bekommen, um das Erreichen ihrer Bildungsziele zu erleichtern (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2018, S. 21).

3 Die School (Health) Nurse

3.1 Allgemein

Die Rolle der Schulgesundheitspflegekraft (im folgenden School Nurse genannt) hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten in vielen Ländern inner- und außerhalb Europas etabliert. Trotz regionaler Unterschiede in Schul- und Gesundheitssystemen, sind die Aufgabenbereiche größtenteils identisch. Zu diesem Schluss kommen Schmitt und Görres (2012) in ihrer Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. Insgesamt lässt sich „sowohl eine Aufgabenverschiebung als auch eine deutliche Ausweitung des Handlungsspektrums erkennen“ (Schmitt & Görres, 2012, S. 111). Weg von der reinen Behandlung ansteckender und akuter Erkrankungen, hin zur Betreuung bei chronischen Krankheiten und psychischen, wie sozialen Problemen.

In ihrer Arbeit identifizieren sie elf zentrale Aufgabenbereiche (siehe Tabelle 1), die sie unter dem übergeordneten Ziel „Erhalt und [...] Förderung von Gesundheit und schulischem Erfolg“ (Schmitt & Görres, 2012, S. 111) zusammenfassen. Damit wird die School Nurse zu einer Verbindungsstelle zwischen Bildung und Gesundheit und soll für günstige Rahmenbedingungen zur Unterstützung des Lernprozesses sorgen (Schmitt & Görres, 2012).

Tabelle 1: Zentrale Aufgabenbereiche von School Nurses (Schmitt & Görres, 2012, S. 111)

direkte pflegerische Versorgung bei Verletzungen, Notfällen, akuten oder chronischen Erkrankungen
Betreuung von Kindern mit speziellen Bedarfen
Prävention und Kontrolle
Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung
Erhebung gesundheitsbezogener Probleme und Bedarfe sowie Entwicklung und Durchführung entsprechender Angebote
Information, Schulung, Beratung und Unterstützung
Schaffen eines gesundheitsunterstützenden und sicheren schulischen Umfelds
Kommunikation, Kooperation und Vermittlung
Übernahme von Anwaltschaft für die Zielgruppe der Schulkinder
Unterstützung der Lehrkräfte und weiterer schulischer Mitarbeiter(innen)
Dokumentation, Evaluation und Forschung

Auch Kocks (2017) hat sich mit dem Berufsbild beschäftigt und hat auf Grundlage des schwedischen Systems neun Tätigkeitsfelder zusammengefasst (vgl. Abbildung 1), die zum größten Teil die Ergebnisse von Schmitt und Görres widerspiegeln.



Abbildung 1: Das Tätigkeitsfeld der School Health Nurse (Kocks, 2017, S. 213)

Im Folgenden sollen die einzelnen Bereiche nach Schmitt und Görres kurz dargestellt werden:

1. Direkte pflegerische Versorgung

Erste Hilfe, Versorgung von Verletzungen/Wunden, Medikamentengabe, aber auch Assessment, Diagnostik und Behandlung von aktuellen oder potenziellen Gesundheitsproblemen fallen unter diesen Punkt. Darüber hinaus erledigt die School Nurse anfallende pflegerische Tätigkeiten wie die Verabreichung von Sondennahrung oder das Katheterisieren.

2. Betreuung bei speziellen Bedarfen

Darunter fallen Aufgaben zur Betreuung und Integration chronisch kranker, behinderter oder entwicklungsverzögerter Kinder (im Sinne des Case Management). Dies könnte unter anderem die Aufklärung von Mitschülern und Lehrern über die Erkrankung beinhalten, oder das Einüben von speziellen Notfallmaßnahmen. Aber auch bei psychischen Problemen, schwierigen Familiensituationen oder sozialen Nachteilen werden School Nurses aktiv.

3. Prävention und Kontrolle

Der älteste Arbeitsbereich sind die Screeninguntersuchungen und die Immunisierung von Schülern. Gerade ersteres ist ein wichtiges Instrument zur Überwachung des Gesundheitszustandes und der frühzeitigen Erkennung von Vernachlässigung oder Misshandlung. Bei der Prävention geht es sowohl um die Vermeidung von Erkrankungen, als auch um Themen wie Gewalt, Mobbing oder Suizid.

4. Gesundheitsförderung & -bildung

School Nurses halten, individuell oder im Klassenverband, zu ausgewählten, gesundheitsbezogenen Themen Unterrichte ab. Das Spektrum reicht hier von Verhaltensweisen (z.B. Tabak- oder Alkoholkonsum), über Aufklärung (Sexualität, HIV und AIDS) bis hin zur Förderung psychischer Gesundheit (z.B. Vermittlung von Copingstrategien, Stressmanagement).

5. Problem- und Bedarfserhebung

Bestehende und potenzielle Probleme (physisch wie psychisch) erkennen und dafür geeignete Angebote entwickeln bzw. bereitstellen. Dabei hat die School Nurse nicht nur den individuellen Schüler im Blick, sondern das ganze Setting Schule. Darauf aufbauend werden Gesundheitsprogramme veranlasst, Gesundheitskonzepte integriert und Notfallpläne implementiert.

6. Information, Schulung, Beratung, Unterstützung

Als Ansprechpartner für gesundheitsbezogene Fragen und Probleme gibt die School Nurse Hilfestellung, um Schülern eine informierte Entscheidung über ihre eigene Gesundheit zu ermöglichen. Sie dient als Bindeglied zu weiterführenden Angeboten und Gesundheitsdiensten außerhalb der Schule und bietet so einen niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem des jeweiligen Landes/Staates. Diese Angebote stehen nicht nur den Schülern, sondern auch deren Familien offen.

7. Schulumfeldgestaltung

Nicht nur das Verhalten der Schüler steht im Fokus der Gesundheitsförderung, auch das Schulumfeld wird mit einbezogen. So gehört es zu den Aufgaben der School Nurse über potenzielle Gefahren auf dem Schulgelände hinzuweisen, eine förderliche Ausstattung der Räume zu erreichen (z.B. spezielle Möbel, Rückzugsmöglichkeiten) und ein insgesamt gesundheitsförderliches Miteinander voranzutreiben.

8. Kommunikation, Kooperation, Vermittlung

In ihrer Stellung als Bindeglied zwischen vielen Parteien (Kindern, Eltern, Lehrern, Behörden, Gesundheitsdienstleistern), ist es wichtig, dass die School Nurses ein stabiles Netzwerk aufbauen, um eine möglichst reibungslose Informationsweitergabe und Kooperation zwischen diesen Parteien zu gewährleisten. Um Angebote des Gesundheitssystems bedarfsgerecht vermitteln zu können, braucht es gute Kontakte und einen Überblick über das System.

9. Anwaltschaft

Als Fürsprecher der Schüler, vertreten School Nurses deren Interessen und Bedürfnisse in verschiedenen Bereichen von Politik und Öffentlichkeit und bringen Gesundheitsprobleme der Schüler in das Bewusstsein von Lehrern und Eltern.

10. Unterstützung der Mitarbeiter

School Nurses agieren in Schulen nicht nur mit den Schülern, sondern auch mit den anderen Mitarbeitern. Daher sind sie für diese Gruppe ebenfalls Ansprechpartner in gesundheitlichen Belangen und erarbeiten spezielle Programme für deren Gesundheitsförderung. Außerdem braucht es eine enge Zusammenarbeit mit den Lehrern, um z.B. die speziellen Bedürfnisse von chronisch kranken Kindern zu kommunizieren.

11. Dokumentation, Evaluation, Forschung

Die Dokumentation der Arbeit von School Nurses dient als Evaluationsbasis und leistet somit einen Beitrag zum Qualitätsmanagement. Besonders in Fällen von Schülern mit speziellen Bedarfen muss die Dokumentation (Case Management) nachvollziehbar und transparent sein. Außerdem sind School Nurses oft in Forschungsprojekten involviert.

(Schmitt & Görres, 2012, S. 112–114)

3.2 Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

Auch wenn es schon 1892 die erste, und einzige, School Nurse in London gab (Shipley Zaiger, 2000, S. 12), so begann ihre Geschichte in Großbritannien, besser gesagt England und Wales, ganz offiziell und rechtlich verankert, mit dem *Education (Administrative Provisions) Act* von 1907. In ihm wurde die Pflicht zur medizinischen Untersuchung von Kindern beim Schuleintritt in die öffentliche Grundschule, und zu anderen vom *Board of Education* festgelegten Zeitpunkten, gesetzlich geregelt (Parliament of the United Kingdom, 1907, Art. 13; Royal College of Nursing, 2017, S. 4). Damals arbeiteten School Nurses mit den Amtsärzten zusammen v.a. an der Verbesserung des schlechten Gesundheitszustandes der Kinder (Hall, 1999, S. 181). Anfangs noch über unterschiedliche Organisationen angestellt, dauerte es bis 1974, dass die School Nurses innerhalb des *National Health Service (NHS)*³ eingegliedert wurden (Royal College of Nursing, 2017, S. 4).

Heute sind sie in ihrer Rolle breiter aufgestellt und arbeiten autonomer. Dies spiegelt sich auch in der Qualifikation wieder. Um heute als qualifizierte School Nurse zu arbeiten, muss man zuerst ein *Nursing* Studium absolvieren (mindestens Bachelorabschluss) mit Registrierung

³ Staatliches Gesundheitssystem von Großbritannien und Nordirland

beim *Nursing and Midwifery Council (NMC)*⁴ und danach ein ca. 1-jähriges Aufbaustudium beenden (Nursing & Midwifery Council, n.d., S. 3, 2004 (rev. 2015), S. 15). Nach erfolgreichem Abschluss dürfen sich die Studenten *Specialist Community Public Health Nurses (SCPHNs)* nennen und sich als solche auch beim NMC registrieren. Das NMC ist auch für die Standards verantwortlich, die sowohl dem Inhalt des Studiums als auch der späteren Kompetenzen der *School Nurses* zugrunde liegen (Nursing & Midwifery Council, 2004 (rev. 2015); Royal College of Nursing, 2017, S. 4). Doch die SCPHNs machen nur einen Teil der so genannten *School Nursing Teams* aus. Laut dem *Department of Health* (Department of Health, 2012, S. 17) und den aktuellen Statistiken des NHS (Workforce and Facilities Team, NHS Digital, 2018), kommen zu den 1.010 qualifizierten *School Nurses* noch 1.110 *Registered Nurses (RNs)* (Stand: August 2018). Diese haben meist zusätzliche Weiterbildungsmodule, bezogen auf ihren Arbeitsbereich, besucht (Royal College of Nursing, 2017, S. 10).

Tabelle 2: National priorities for children and young people's health (Royal College of Nursing, 2017, S. 11)

England (0–19)	Northern Ireland (0–19)	Scotland (5–18)	Wales
Emotional health and wellbeing	Health and wellbeing (including physical, emotional and developmental issues)	Emotional health and wellbeing	Emotional health and wellbeing
Alcohol and drugs	Drugs and alcohol	Substance misuse	Parental substance misuse
Safeguarding and promoting children and young people's welfare including child sexual exploitation	Safeguarding	Safeguarding/child protection	Safeguarding
		Domestic abuse	
Looked after children		Looked after children	
		Homelessness	
Youth justice and mental health	Mental health, including parental mental health	Youth justice	Mental health
Supporting young carers		Young carers	
Readiness/transitions		Transitions	Transition to school and adult life
Immunisation	Immunisation	Immunisation	Immunisation
Accidents	Health and safety, accident prevention		Accident prevention
Smoking cessation	Smoking cessation		Smoking, substance misuse and alcohol abuse
Obesity, nutrition and physical activity (National Child Measurement Programme)	Weight, healthy eating and increased exercise		Healthy weight (Child Measurement Programme Lifestyle, nutrition and exercise)
Sexual health and teenage pregnancy	Sexual health and relationships		Sexual health and teenage pregnancy
	Oral health		Dental caries, age 5
	Long-term and complex health needs		Children with additional needs, including complex needs

⁴ Das NMC ist ein staatliches Organ zur Erstellung und Überwachung von Standards in der Ausbildung und der Berufsausübung von Pflegekräften und Hebammen (Parliament of the United Kingdom (2002))

Trotz mancher gesetzlicher Unterschiede in den vier Ländern des Vereinten Königreiches bei den Maßnahmen zur Schulgesundheit (vgl. Tabelle 2), arbeiten alle School Nurses an der Umsetzung des *Healthy Child Programme: 5-19 yrs.* (Royal College of Nursing, 2017, S. 5). Dabei handelt es sich um eine Art Leitlinie (*Best Practice Guidance*) zur bestmöglichen Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen (Department of Health, 2009, S. 8). Die Kernaufgaben beinhalten u.a. Multiprofessionelle Zusammenarbeit, frühzeitige Identifikation von Gesundheitsproblemen, Vorbereitung der Kinder auf und Unterstützung im Setting Schule, Schutz der Kinder vor schwerwiegenden Erkrankungen durch Screening und Impfungen, Forschung und die Förderung der eigenen professionellen Entwicklung (Department of Health & Public Health England, 2014, S. 10; Royal College of Nursing, 2017, S. 5–6).

Die Finanzierung der School Nurses läuft über den NHS, der wiederum zum größten Teil aus Steuereinnahmen, der Sozialversicherung und zu einem kleinen Teil aus Patientenbeiträgen finanziert wird (NHS, 13.04.16; The Kings Fund, 16.05.17).

3.3 Schweden

In Schweden startete die Entwicklung nur unwesentlich später als in England und Wales. Die erste School Nurse wurde hier 1919 beschäftigt. Ähnlich wie in Großbritannien waren ihre Hauptaufgaben anfangs vor allem die Hygiene und die Vermeidung von übertragbaren Infektionskrankheiten (Fagerholt, 2009, S. 511). Auch in Schweden arbeiteten die School Nurses anfangs als Assistenten den Ärzten zu, bevor sich der Aufgabenbereich hin zu einem eigenverantwortlichen und eigenständigen Arbeiten verschob (Kocks, 2008, S. 251). 1940 wurde das erste Gesetz erlassen, welches den Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Schulen für alle Kinder regelte. Ab 1997 wurde dann das *Socialstyrelsen* oder auch *National Board of Health and Welfare* die Überwachungsbehörde für alle gesundheitsrelevanten Berufe und deren Standards und Qualität (Fagerholt, 2009, S. 511; Socialstyrelsen - The National Board of Health and Welfare, 2017). Das ist auch die Institution, die die Registrierung aller Krankenschwestern überwacht, inklusive der School Nurses (Socialstyrelsen - The National Board of Health and Welfare, 2017, S. 10).

Das System der Schulgesundheitspflege ist ein „integraler Bestandteil des schwedischen Gesundheitssystems [...]. Jede Schule ist verpflichtet, diesen Dienst seinen Schülern anzubieten“ (Kocks, 2008, S. 251). Dies wurde mit dem *Education Act* von 2010 noch einmal bestätigt, nachdem jede Schule ein *School Health Team* haben sollte (Persson, 2016, S. 10; Rising Holmström, Asplund & Kristiansen, 2013, S. 30).

Ähnlich wie in Großbritannien braucht es auch in Schweden mindestens ein Bachelorstudium von drei Jahren, um in der Krankenpflege arbeiten zu können (Swedish Council for Higher Education, 07.03.18). Da Krankenpflege eine geschützte Berufsbezeichnung ist, muss nach Erlangung des Diploms eine Lizenz beim *National Board of Health and Welfare* beantragt werden, um arbeiten zu dürfen (Socialstyrelsen - The National Board of Health and Welfare, 14.07.16, 2017, S. 10). Daran kann ein Aufbaustudium angeschlossen werden, welches zum *Postgraduate Diploma in Specialist Nursing* führt (Swedish Council for Higher Education, 07.03.18).

Neben den schon unter 3.1 aufgeführten Aufgaben, kann die Rolle der School Nurse auch an ihren Zielen ausgemacht werden. In Schweden sind diese: Die Überwachung der Kindesentwicklung und die Verbesserung ihrer physischen und psychischen Gesundheit, die Förderung eines gesunden Lebensstils unter den Schülern während ihrer gesamten Schulzeit und die Entwicklung einer Beziehung zu den Schülern, basierend auf Erreichbarkeit und kostenlosen, freiwilligen Leistungen (Rising Holmström et al., 2013, S. 30).

Die Finanzierung der School Nurses erfolgt zum großen Teil über kommunale Steuereinnahmen, da die Kommunen für die schulische Gesundheitsversorgung (*School Healthcare*) zuständig sind (Clinical Studies Sweden, 24.05.18).

3.4 USA

In den USA begann die Geschichte der School Nurses ebenfalls mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts. Als nach der Einführung der Schulpflicht um 1900 in New York viele Kinder aus den ärmeren Vierteln aufgrund schlechter hygienischer Bedingungen mit übertragbaren Krankheiten (zu der Zeit v.a. Parasitenbefall) in die Schulen kamen, wurden Ärzte angestellt die Kinder zu untersuchen, und bei positiven Befund nach Hause zu schicken. Es gab jedoch weder eine Behandlung noch irgendeine Form der Nachsorge und diese Kinder kamen meist nicht zurück. Da dadurch die allgemeine Gesundheit der Kinder nicht verbessert wurde, wurde ein 1-monatiges Projekt gestartet, bei dem eine Krankenschwester die Kinder direkt in der Schule behandeln sollte. Es wurde ein Erfolg und die Krankenschwester wurde als erste School Nurse angestellt. (AAP Council on School Health, 2016, S. 34; Houlahan, 2018, S. 203–205; Shipley Zaiger, 2000, S. 12–13).

Durch diesen Erfolg bestätigt, verbreitete sich das Prinzip der School Nurse schließlich im ganzen Land (Houlahan, 2018, S. 208–209; Shipley Zaiger, 2000, S. 13).

Um heute als School Nurse in den USA arbeiten zu können, muss man sich erst einmal entscheiden, in welchem Bundesstaat man arbeiten möchte. Denn aufgrund des Fehlens eines Bundesrechts (*Federal Law*), welches die Qualifikationen von School Nurses regelt, gibt es

keine einheitlichen nationalen rechtlichen Grundlagen. Jeder Bundesstaat kann somit seine eigenen Gesetze (*State Laws*) schaffen. Daraus folgen unterschiedliche Anforderungen an die Qualifikation, unterschiedliche überwachende Institutionen, und auch unterschiedliche Aufgabenprofile (Praeger & Zimmerman, 2009; USA.gov, 23.11.18).

Laut Praeger und Zimmermann (2009, S. 470) können, je nach Staat, sowohl *Licensed Practical Nurses* (LPNs)⁵ in der Schulgesundheitspflege arbeiten, als auch *Registered Nurses* (RNs)⁶. Bei Letzteren wird nur in einem Teil der USA ein Bachelorstudium (RN-BSN) verlangt. Darüber hinaus ist die Berufsbezeichnung nur in 34 Staaten geschützt, und damit durch *State Laws* geregelt. In den restlichen gibt es keine staatlichen Bestimmungen dazu, was bedeutet, dass z.T. auf lokaler Ebene entschieden wird, wer als School Nurse arbeiten darf (Praeger & Zimmerman, 2009, S. 471).

Diese Tatsachen werden sowohl von der *American Nurses Association* (ANA) als auch der *National Association of School Nurses* (NASN) kritisiert. Beide empfehlen den Bachelor und, soweit notwendig, die staatliche Zulassung als minimale Voraussetzung für School Nurses (National Association of School Nurses & American Nurses Association, 2017, cap. Description of the Scope of School Nursing Practice; Praeger & Zimmerman, 2009, S. 473).

Die Aufgaben der School Nurses haben sich über die Jahre verändert und an neue Herausforderungen angepasst. Waren sie anfangs nur für die Behandlung von Infektionskrankheiten zuständig, verbreiterte sich ihr Spektrum sehr schnell. Schon einige Jahre später übernahmen sie die täglichen medizinischen Inspektionen der Schüler, waren für die Gesundheitsförderung zuständig und unterstützten Kinder mit besonderem Förderbedarf (Houlahan, 2018, S. 208). Heute umfasst ihre Arbeit u.a. die Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen, verschiedene Assessments und Gesundheitserziehung und -förderung. Darüber hinaus helfen sie Studenten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu bekommen und arbeiten mit lokalen Gesundheitsstellen zusammen (Willgerodt, Brock & Maughan, 2018, S. 233).

Die Finanzierung der School Nurses läuft, zumindest in den öffentlichen Schulen, über das Schulbudget, den sogenannten *Education Dollar*⁷, und zu einem kleinen Teil auch über Krankenhäuser und private Quellen (Willgerodt, 2018, S. 239).

⁵ LPNs haben eine 1-jährige Ausbildung und arbeiten unter der Leitung von RNs (InternationalStudent.com (n.d.))

⁶ RNs können in den USA eine 2-jährige Ausbildung mit einem Examen am Ende haben (NCLEX-RN), oder auch ein 4-jähriges Bachelorstudium (BSN) (American Nurses Association (n.d.); InternationalStudent.com (n.d.))

⁷ Die Finanzierung von Schulen läuft über lokale, staatliche und bundesstaatliche Quellen, die meist aus Steuereinnahmen bestehen (Great Education Colorado (n.d.); National Conference of State Legislatures (n.d.); New America (n.d.))

4 Ist-Zustand in Deutschland mit Schwerpunkt Bayern

Um die Diskussion um eine Einführung von Schulgesundheitspflegekräften in Bayern führen zu können, muss man die allgemeine Situation der Schüler in Deutschland und Bayern zum Thema Gesundheit, Armut und Inklusion betrachten. Deshalb soll in diesem Kapitel ein Überblick über die momentane Ist-Situation gegeben werden.

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Schon seit langem ist bekannt, dass verschiedenste Faktoren die Gesundheit beeinflussen. Auch die Bildung, und somit die Schule, kann auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Einfluss nehmen, und umgekehrt (Dadaczynski, 2012). Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass es die Gesundheitsförderung, bzw. Gesundheitserziehung, mit der Zeit auch in die Schulen und die Lehrpläne geschafft hat.

Das System der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention ist kein statisches Konstrukt, sondern befindet sich seit Mitte der 1980er Jahre in einem ständigen Entwicklungsprozess. Anfangs noch unter dem Begriff Gesundheitserziehung und damit auf Verhaltensveränderungen abzielend, wandelte es sich zum Setting-Ansatz und dem Prinzip der Förderung und Prävention mit den Konzepten der Partizipation und des Empowerment (Paulus, Hundeloh & Dadaczynski, 2016, S. 239–240).

2012 hat die KMK die aktuelle „Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“ (Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2012), aufbauend auf der Jakarta Erklärung der WHO, herausgegeben. Darin wird Gesundheitsförderung zu einem unverzichtbaren Element der Schulentwicklung. In ihrer Empfehlung legen die Kultusminister Ziele und allgemeine Grundsätze der Gesundheitsförderung und Prävention fest. Unter anderem ist dort zu lesen:

„Gesundheitsförderung und Prävention

- werden als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen,
- greifen aktuelle bildungspolitische Entwicklungen auf [...],
- eröffnen Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und dem sonstigen pädagogischen Personal die Möglichkeit, Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen und zu einer gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Umwelt zu erwerben, [...]
- beziehen die Einstellungen sowie die lebensweltlichen und sozialräumlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien mit ein“ (Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2012, S. 3).

Außerdem fordert die KMK eine systematische Öffnung der Schulen nach außen und eine Vernetzung mit inner- und außerschulischen Partnern. Die Umsetzung dieser Ziele und Grundsätze sieht die KMK in ihrer Integration in den Schulentwicklungsprozess (Sekretariat

der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2012, S. 5–6).

Doch „im Bildungsbereich bestimmen die Schulgesetze der Länder mit ihren ausführenden und ergänzenden Schulvorschriften die Ausgestaltung der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention“ (Paulus et al., 2016, S. 238). Dadurch ergeben sich Unterschiede in der Implementierung und der Gestaltung und das System wird bundesweit unübersichtlich und wenig transparent. Das einzige Thema, welches in allen Ländern erwähnt wird, ist das der schulärztlichen Untersuchungen und des Infektionsschutzes (Paulus et al., 2016, S. 238).

In Bayern gibt es z.B. die Schulgesundheitspflegeverordnung (SchulgespflV), in der die Maßnahmen der Schulgesundheitspflege festgelegt sind. Diese sind u.a. die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen, Impfberatung und Beratung/Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2008, § 2). Unter den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung lässt sich unter § 12 jedoch nur folgendes finden: „Die unteren Behörden [...] unterstützen im Rahmen ihrer Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention die Schulen in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse, bei Maßnahmen und Angeboten für Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte und sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2008, § 12, Satz 1). Dies lässt einiges an Spielraum offen.

In den Lehrplänen sieht es ähnlich aus. Als Beispiel soll hier der LehrplanPLUS Grundschule (2014) herangezogen werden. In ihm werden als schul- und fächerübergreifende Bildungsziele u.a. auch die Familien- und Sexualerziehung und die Gesundheitsförderung genannt. Diese Ziele „beschreiben entsprechende Themenbereiche, denen die Schülerinnen und Schüler in der Schule sowohl im Fachunterricht als auch [...] im Schulleben begegnen“ (Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, 2014, S. 33). Behandelt werden sie in verschiedenen Fächern. So findet sich im Fach Heimat- und Sachunterricht der Gegenstandsbereich „Körper und Gesundheit“ (Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, 2014, S. 84), oder im Fach Sport der Bereich „Gesundheit und Fitness“ (Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, 2014, S. 121).

Die Empfehlung der KMK weist Übereinstimmungen mit dem 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (kurz Präventionsgesetz PräVG) auf (Paulus et al., 2016, S. 238). In diesem wird die Schule zu einer Lebenswelt, im Sinne des Setting-Ansatzes, und die Schüler (und auch die Lehrer und andere in der Schule tätigen Personen) zu einer wichtigen Zielgruppe entsprechender Maßnahmen. Damit müssen sich

Gesundheitsförderung und Prävention an der Schule als Organisation des Bildungswesens ausrichten und sich bestenfalls in schulische Strukturen und Prozesse integrieren (Paulus et al., 2016, S. 237). Die Umsetzung des PrävG erfolgt durch die so genannten Landesrahmenvereinbarungen.

In Bayern ist dazu der Bayerische Präventionsplan entstanden. In ihm werden für das „Handlungsfeld 1: Gesundes Aufwachsen in der Familie, in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule“ (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015b, S. 16) folgende Ziele entwickelt:

- „Bestmögliche Startchancen für alle Kinder
- Sichere Bindungen und gesundes Selbstbewusstsein
- Ausgewogene Ernährung und ein aktiver Lebensstil
- Schutz vor Suchtgefahren
- Früherkennung von Gesundheitsrisiken und Schutz vor vermeidbaren Erkrankungen“ (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015b, S. 18).

Zur Erreichung dieser Ziele wurden einige Projekte entwickelt und durchgeführt, die auch im Präventionsplan aufgelistet sind. Diese Projekte sind freiwillig und damit liegt es an den Schulen, ob die Angebote angenommen werden oder nicht. Viele dieser Projekte laufen außerhalb der Schule, oder nur über einen bestimmten Zeitraum. Darüber hinaus gibt es immer wieder Projekte, die nur in bestimmten Regionen oder Schulen angeboten bzw. durchgeführt werden (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung [ZPG], n.d.). Zudem ist es oft so, dass diese Projekte „monothematisch ausgerichtet sind und vielfach Projektcharakter behalten – außerhalb einer Regelversorgung bzw. eines gelebten schulischen Alltags“ (Dillmann et al., 2015, S. 119).

4.2 Kinder- und Jugendgesundheit und der sozioökonomische Status

2003 startete die großangelegte „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ des Robert Koch Instituts (RKI), die als KiGGS-Studie bekannt wurde (Robert Koch Institut, 2006, S. 7). Mit dieser Basiserhebung lagen zum ersten Mal für ganz Deutschland repräsentative Daten über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. Seitdem gab es zwei weitere Untersuchungen (die aktuelle Welle 2 endete im August 2017) und sie wird als Langzeitstudie vom RKI weitergeführt (Robert Koch Institut, n.d.).

Außerdem hat sich der DAK Kinder- und Jugendreport 2018 mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befasst. Anders als die KiGGS-Studie, die ihre Daten über Befragungen und medizinische Untersuchungen erhoben hat (Robert Koch Institut, n.d.), basieren die Daten

beim DAK-Report auf Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Greiner, Batram, Damm, Scholz & Witte, 2018, S. 1).

Auch die WHO hat in einer internationalen Gesundheitsstudie, dem *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), die subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen von 11-, 13- und 15-jährigen Schülern untersucht (HBSC International Coordinating Centre, n.d.).

Diese Studien zeigen, dass trotz des hohen Anteils an Kindern, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut bewerten würden (86,6% - 95,7%), ein nicht unerheblicher Anteil ihren Zustand als mittelmäßig bis schlecht einstufen (4,3% - 13,4%) (HBSC-Studienverbund Deutschland, 2015; Christina Poethko-Müller, Kuntz, Lampert & Hannelore Neuhauser, 2018, S. 10). Im Vergleich zur Basiserhebung der KiGGS-Studie hat sich der subjektive Gesundheitszustand insgesamt aber verbessert (Robert Koch Institut, 2006, S. 25–26).

Darüber hinaus wird deutlich, dass chronische Erkrankungen immer mehr zunehmen. Während in der KiGGS Welle 1 16,2% der Kinder eine chronische Erkrankung hatten (H. Neuhauser & C. Poethko-Müller, 2014, S. 780), sind es im DAK-Report schon 26% (Greiner et al., 2018, S. 23). Dabei ist zu beachten, dass nur ein Teil dieser Erkrankungen die Kinder und Jugendlichen in ihrem Alltag einschränkt (Greiner et al., 2018, S. 24; H. Neuhauser & C. Poethko-Müller, 2014, S. 781–782).

Auch die Zahl der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen ist gestiegen. Von der KiGGS-Studie Welle 1 auf Welle 2 um 2,2%, von 14,7% auf 16,9% (H. Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007, S. 786; Kuntz, Rattay et al., 2018, S. 25). In der DAK-Studie sind es insgesamt sogar knapp 26% aller Kinder und Jugendlichen, die davon betroffen sind (Greiner et al., 2018, S. 36).

In diesen Studien wurde auch die Bedeutung des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen untersucht. In der KiGGS-Studie besteht dieser sozioökonomische Status (SES) aus dem Bildungsstand der Eltern, deren beruflicher Stellung und dem Netto-Äquivalenzeinkommen. Er wird in drei Gruppen eingeteilt, der niedrigen, mittleren und hohen Statusgruppe (Kuntz, Rattay et al., 2018, S. 23).

So konnte festgestellt werden, dass der subjektive Gesundheitszustand bei Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe öfter als mittelmäßig oder schlecht angegeben wurde (7,7%) als bei einem hohen SES (1,4%) (Kuntz, Rattay et al., 2018, S. 24). Ebenso verhält es sich bei dauerhaften Einschränkungen aufgrund gesundheitlicher Probleme. Während der Anteil der Kinder und Jugendlichen in der hohen Statusgruppe bei 2,8% liegt, ist er in der niedrigen Gruppe bei 5,8% (Kuntz, Rattay et al., 2018, S. 24).

Bei der psychischen Gesundheit verhält es sich ähnlich. Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES sind zu 26,0% psychisch auffällig, während es in der hohen Statusgruppe nur 9,7% sind (Kuntz, Rattay et al., 2018, S. 25).

Das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem SES unterscheidet sich in manchen Bereichen auch deutlich von denen in der hohen Statusgruppe. Sie essen weniger frisches Obst und trinken mehr zuckerhaltige Getränke, sie bewegen sich weniger und leiden häufiger an Übergewicht und Adipositas (Kuntz, Waldhauer, Zeiher, Finger & Lampert, 2018, S. 50–52). Beim Rauchen ist der Anteil der niedrigen Statusgruppe ebenfalls höher (8,0%) als der der höheren Gruppe (4,0%). Beim Konsum von Alkohol ist es jedoch umgekehrt. Dort liegt der Anteil der Jugendlichen mit hohem SES bei 51,1%, während er bei denen mit niedrigem SES bei 44,9% liegt (Kuntz, Waldhauer et al., 2018, S. 52–53).

In der DAK-Studie wurde ähnliches nachgewiesen. Jedoch wurde hier für den sozioökonomischen Familienstatus nur der Bildungsstatus und das Einkommen der Eltern mit einbezogen (Greiner et al., 2018, S. 11–13). Für die untersuchten Bereiche Adipositas, Karies, Allergien und Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zeigte sich eine deutlich höhere Erkrankungsrate bei Kindern von Eltern ohne Bildungsabschluss (Greiner et al., 2018, S. 97–100). Außerdem lassen die Daten darauf schließen, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit mindestens einem suchtkranken Elternteil noch einmal mehr gefährdet sind chronisch und/oder psychisch zu erkranken, und deshalb eine besonders vulnerable Gruppe darstellen (Greiner et al., 2018, S. 111–113).

Speziell für Bayern liegen Zahlen aus dem Bayerischen Kindergesundheitsbericht von 2015 vor. Laut den Daten der Einschulungsuntersuchungen hatte Bayern im Schuljahr 2010/2011 die wenigsten adipösen Kinder im Ländervergleich (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015a, S. 48). Dargestellt nach Migrationshintergrund zeigt sich eine deutlich erhöhte Anzahl adipöser Kinder in Familien mit Migrationshintergrund (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015a, S. 49).

Bei 27,5% aller Kinder mit einem Arztkontakt wurde 2013 eine psychische oder Verhaltensstörung diagnostiziert (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015a, S. 53). Eine Entwicklungsstörung lag bei 18% vor (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015a, S. 59).

Beim Anteil gesunder Zähne liegen die bayerischen Schüler hinter dem Bundesdurchschnitt. Auch hier zeigt sich, wie in der DAK-Studie, ein sozialer Gradient (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015a, S. 60–61).

4.3 Inklusion von behinderten und chronisch kranken Kindern

Mit der Unterzeichnung der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen „hat sich die Bundesregierung verpflichtet, ein inklusives Bildungssystem zu schaffen“ (Speckemeier, Gerber-Grote & Schickendantz, 2015). Dabei wird v.a. an Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen gedacht, und weniger an Menschen mit chronischen Erkrankungen. Doch gerade bei Kindern können sich diese Erkrankungen besonders auf ihre Entwicklung auswirken (Speckemeier et al., 2015). Welche Hilfestellungen gibt es also, um ihnen den Schulalltag zu erleichtern, bzw. den regulären Schulbesuch überhaupt zu ermöglichen?

Bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, können über die Ermittlung des sonderpädagogischen Förderbedarfs verschiedene Hilfen und Maßnahmen eingeleitet werden, um ihnen den Weg in die allgemeine Schule zu erleichtern. Falls dies trotz allem nicht möglich sein sollte, gibt es in Bayern die Förderschulen, die diese Kinder dann besuchen (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, n.d.a, n.d.b). Über den sonderpädagogischen Förderbedarf kann z.B. ein Schulbegleiter beantragt werden, der die Kinder in ihrem schulischen Alltag unterstützt (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus & Verband der bayerischen Bezirke, 2012). Diese Hilfe kann die Mobilität betreffen, die Kommunikation oder einfache pflegerische Tätigkeiten (Weigl & Dirnaichner, 2015, S. 19). Doch gerade der Einsatz von Schulbegleitern steht in der Kritik, da laut dem Bayerischen Bezikretag „auf diese Weise ein inklusives Schulsystem nicht realisiert werden kann“ (Bayerischer Bezikretag, 2014). Stattdessen sollten die Schulen personell so gut ausgestattet werden, dass Schüler mit Behinderungen auch ohne die Hilfe von Schulbegleitern unterrichtet werden können (Bayerischer Bezikretag, 2014).

Außerdem steht den Schülern und Schulen der Mobile Sonderpädagogische Dienst (MSD) zur Seite, in dem Lehrer für Sonderpädagogik arbeiten. Daneben gibt es noch Schulen mit dem Profil Inklusion, in denen Lehrer für Sonderpädagogik fest im Lehrerkollegium integriert sind, und mit ihren Kollegen der allgemeinen Schule zusammen den Unterricht gestalten (auch als festes Lehrertandem möglich). Außerhalb dieses Schulprofils können auch Kooperationsklassen gebildet werden. In diesen werden ca. 3-5 Kinder mit Förderbedarf mit Kindern ohne Förderbedarf gemeinsam unterrichtet. Eine Lehrkraft des MSD betreut die Klassen für einige Stunden pro Woche (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, n.d.b, Flyer Inklusion; Landtag des Freistaates Bayern, 2000, Art 30b).

Es gäbe aktuell also viele Möglichkeiten der Inklusion, doch 10 Jahre nach der Unterzeichnung der UN-Konvention stellt sich die Frage, in wie weit sie erfolgreich war und ist. In einer aktuellen Reportage wird genau diese Frage aufgeworfen. Am Ende wird der Schluss gezogen, dass

es gute Bestrebungen und Beispiele gibt (z.B. Bremen), doch dass im Ganzen noch vieles nicht gut oder überhaupt nicht funktioniert (Möllers, 21.01.19).

Aufgrund der zunehmenden Zahl an chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen werden diese auch Thema im Setting Schule. Im Gegensatz zu behinderten Mitschülern gibt es aber keinen pädagogischen Förderbedarf, der festgestellt werden kann. Sie werden meist regulär beschult, wobei es keine gesicherten Daten gibt, in wie weit die Erkrankungen die Kinder und Jugendlichen im schulischen Alltag beeinträchtigen. Schätzungen gehen jedoch von rund 50% aller chronisch kranker Kinder aus (Speckemeier et al., 2015).

Für die Betreuung chronisch kranker Schüler in den Schulen gibt es keine einheitliche Lösung. Das Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung hat mit dem Portal *gesundheit-und-schule.info* eine Plattform geschaffen, auf dem allgemeine Informationen zu einigen chronischen Erkrankungen im Setting Schule zu finden sind und wie erste Schritte im Notfall aussehen können (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung [ISB], n.d.).

Zum Thema Medikamentengabe bei chronischen Erkrankungen hat das Bayerische Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst eine Handlungsempfehlung herausgegeben. Danach müssen erst andere Möglichkeiten (wie ambulanter Pflegedienst oder an der Schule vorhandene Pflegekräfte) in Betracht gezogen werden, bevor Lehrer die Medikamentengabe übernehmen sollen. Lehrer dürfen unter bestimmten Umständen medizinische Hilfsmaßnahmen wie eben die Medikamentengabe verrichten, wenn sie sich freiwillig dazu bereiterklären und eine schriftliche Vereinbarung, sowie eine eindeutige ärztliche Verordnung vorliegen. Außerdem haben die Eltern/Sorgeberechtigten dafür zu sorgen, dass die Lehrkräfte in die jeweilige Medikamentengabe eingewiesen werden. Sollte eine Notfallsituation eintreten, so ist jeder zu einer angemessenen Hilfeleistung verpflichtet. Für die Gabe von Notfallmedikamenten muss ein ärztlicher Notfallplan vorliegen (Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, 2016).

5 Ein mögliches Konzept für Bayern?

Nach Beschreibung der Grundlagen, des Systems von Schulgesundheitspflege international und des Ist-Zustandes, soll in diesem Kapitel nun auf eine mögliche Umsetzung hingearbeitet werden. Wie Eingangs der Arbeit schon erwähnt, spielen in diesem Bereich viele Faktoren eine Rolle. Das Gesundheitssystem, in dem Pflegekräfte momentan hauptsächlich arbeiten, das Bildungssystem, in dem sie eingesetzt werden sollen, und nicht zuletzt die Politik, die auf Bundes- und Landesebene für die Gesetzgebung zuständig ist. Aufgrund der Komplexität der einzelnen Bereiche kann hier nur ein Gedankenanstoß stattfinden, und die Autorin erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

5.1 Was ist vorhanden und was müsste sich ändern?

Seit dem 1. Januar 2016 ist das Präventionsgesetz vollumfänglich in Deutschland gültig (Bundestag der Bundesrepublik Deutschland, 2015, Art.13). In ihm werden Leistungen der GKV⁸ zur Gesundheitsförderung und Prävention in drei Bereiche eingeteilt. Einer davon sind die nicht-betrieblichen Lebenswelten. Damit rückt der Settingansatz in den Fokus und Krankenkassen werden verpflichtet Maßnahmen in den Lebenswelten durchzuführen. Dazu gehören auch die Schulen als für die Gesundheit bedeutsame soziale Systeme des Lernens (Bundestag der Bundesrepublik Deutschland, 2015, Art.1 Nr.5; Geene & Reese, 2016, S. 38–39, 109–112). Außerdem wird explizit auf die Möglichkeit der Durchführung von Modellvorhaben hingewiesen (Bundestag der Bundesrepublik Deutschland, 2015, Art.1 Nr.8 §20g).

Des Weiteren wurden die Träger der Maßnahmen dazu verpflichtet, einheitliche Rahmenempfehlungen zu entwickeln, um die Qualität und die Zusammenarbeit zu sichern (Bundestag der Bundesrepublik Deutschland, 2015, Art.1 Nr.8 §20d Abs.3). In diesen werden die Leistungen und Aktivitäten beschrieben, durch die die gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen zur Umsetzung des Ziels „Gesund aufwachsen“ beitragen (GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund & Verband der Privaten Krankenversicherung, 2018, S. 17–19).

In der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in Bayern (LRV Bayern) haben sich auch die bayerischen Kassen, Renten- und Unfallversicherer dazu verpflichtet die in den Bundesrahmenempfehlungen festgelegten Ziele zu verfolgen, unter Berücksichtigung spezifischer Ziele des Freistaates Bayern (z.B. des Bayerischen Präventionsplanes) (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017, §3).

⁸ Gesetzliche Krankenversicherung

All diese, auf dem Präventionsgesetz gründenden Gesetze und Empfehlungen, beinhalten Ansätze, die für eine Implementierung von Schulgesundheitspflegekräften (SGPs) als rechtliche Grundlage dienen könnten.

In Bayern gibt es darüber hinaus noch die schon erwähnte Verordnung zur Schulgesundheitspflege. Diese Verordnung betrifft alle Volks-, Real-, beruflichen und Förderschulen sowie Gymnasien (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2008, §1). Die darin genannten Maßnahmen beschränken sich momentan auf die Schuleingangsuntersuchung, Beratung, Datenerhebung und Dokumentation, und das Erstellen von Gutachten von ärztlicher Seite her (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2008, §2).

Auch hier könnte man gesetzlich ansetzen, um SGPs in den allgemeinbildenden und beruflichen Schulen fest zu verankern. Des Weiteren wäre es auch vorstellbar, den Aufgabenbereich/Tätigkeitsbereich zu beschreiben und Hinweise zur nötigen Qualifizierung zu geben.

Denn was es neben der rechtlichen Abklärung ebenso noch geben muss, ist eine genaue Definition des Berufsbildes und eine Beschreibung des Tätigkeitsprofils. Aufgrund der unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen die Pflegekräfte in Deutschland im Vergleich zum Ausland erwerben können (Berufsausbildung mit staatlicher Prüfung gegenüber Studium mit Bachelorabschluss), werden sich die Aufgaben, zu denen in Kapitel 3 beschriebenen, unterscheiden. Zumindest werden sie nicht so weitläufig ausfallen können (für eine mögliche Definition und Tätigkeitsbeschreibung siehe Anhang 1).

Fragen zum Datenschutz und der Umgang mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) müssen genauso vorher abgeklärt werden wie die Frage, inwieweit (und ob überhaupt) Eltern ihre Kinder eventuell von der Betreuung durch SGPs ausschließen lassen können.

Rein organisatorisch ist noch abzuklären, welche Örtlichkeiten den SGPs zur Verfügung stehen werden. Es sollte mindestens ein Behandlungszimmer vorhanden sein, in dem die SGPs in Ruhe arbeiten können. Die Ausstattung eines solchen Zimmers kann, über grundlegenden Dinge wie Erste-Hilfe-Materialien u.Ä. hinweg, an die Bedürfnisse der jeweiligen Schule und ihrer Schüler angepasst werden. Ein zusätzliches kleines Büro wäre wünschenswert.

Das seit einigen Jahren in Brandenburg und Hessen vorbereitete und seit 2017 laufende Modellprojekt zur Schulgesundheitspflege zeigt erste Erfolge. An der Fachtagung im Oktober 2018 wurden erste Ergebnisse vorgestellt und eine Fortsetzung bis 2020 in Aussicht gestellt

(Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V., 2018). Aufbauend auf deren Grundlagen, Ergebnissen und Erfahrungen könnte man überlegen, Anteile für Bayern spezifisch umzuwandeln und zu übernehmen. Als Beispiel soll hier das Curriculum genannt werden, welches für die Qualifizierungsmaßnahme zur Schulgesundheitsfachkraft entwickelt, und nach den ersten Evaluationen auch revidiert wurde (Möller, 2016; Sauer & Lojewski, 04.10.18).

5.2 Möglicher Aufbau eines Schulgesundheitspflege-Systems

Die ersten Überlegungen, um ein solches System zu implementieren, sind neben der Finanzierung und der Qualifikation, auch die Anzahl und Aufteilung der SGPs. Beschränkt sich ihr Einsatz nur auf Grundschulen, oder auf alle allgemeinbildenden Schulen? Sollen die berufsbildenden Schulen in die Überlegungen miteingeschlossen werden, oder nicht? In welchem Verhältnis steht die Anzahl der SGPs zur Schülerzahl?

Für die ersten Überlegungen sollen im Weiteren nur die Grundschulen in Bayern in Betracht gezogen werden.

In Bayern gibt es 2.404 Grundschulen (öffentliche und private Träger, ohne Waldorfschulen), an denen insgesamt 435.444 der über 1 Millionen eingeschulten Kinder und Jugendlichen unterrichtet werden (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018). Im neuen Schuljahr 2018/2019 kamen nach vorläufigen Ergebnissen 114.700 Schulanfänger dazu (Statistisches Bundesamt, 2018).

Der Betreuungsschlüssel legt fest, wie viele Schüler eine SGP (Vollzeit) zu betreuen/versorgen hat. In Schweden liegt er bei etwa 1:600 (Kocks, 2008, S. 251), in der Machbarkeitsstudie für das Modellprojekt in Brandenburg und Hessen wurde 1:700 vorgeschlagen (Tannen, Adam, Ebert & Ewers, 2018, S. 114). Würde man dies auf Bayern übertragen, so würden an den Grundschulen zwischen 622 (1:700) und 726 (1:600) SGPs eingestellt werden müssen. Dies bedeutet aber auch, dass eine SGP zwischen 3,3 und 3,9 Schulen zu betreuen hätte, was in der Praxis zu Problemen führen könnte (Erreichbarkeit der SGP, Aufteilung der Stunden, Fahrtzeiten zwischen den Schulen, etc.). Dagegen könnten aber verschiedene Teilzeitmodelle eine Alternative darstellen, so dass eine SGP in Teilzeit für eine oder höchstens zwei Grundschulen verantwortlich ist.

Ob es zu solchen oder ähnlichen Problemen kommt, wie sie sich auswirken und wie sie gelöst werden können müsste dann in einer Studie untersucht werden.

5.3 Qualifikation, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte

In Deutschland ist die Pflegeausbildung gesetzlich durch das Krankenpflegegesetz, und ab dem 1. Januar 2020 durch das Pflegeberufegesetz, geregelt. Anders als in anderen Ländern ist die Akademisierung in der Pflege noch nicht weit fortgeschritten, und es gibt nur wenige Studiengänge.

Fort- und Weiterbildungen finden meist innerhalb von Kliniken oder speziellen Gesundheits-Akademien statt und sind nicht einheitlich bundesrechtlich geregelt. Sie werden anhand von Landesverordnungen oder Empfehlungen (z.B. der DKG⁹) durchgeführt (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2011, Teil 6 & 7; Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., n.d.).

Für die Qualifikation von SGPs ist daher aktuell nur das Fort- bzw. Weiterbildungskonzept realisierbar. Angelehnt an die Qualifizierungsmaßnahme, die für das Modellprojekt in Brandenburg durchgeführt wurde (Möller, 2016), ist es auch für Bayern vorstellbar, an einer oder mehreren zentralen Stellen (z.B. an der Bayerischen Pflegeakademie) eine Weiterbildung zur Schulgesundheitspflegekraft anzubieten.

Die Zulassungsvoraussetzungen müssen mindestens eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder der Generalistik (aus den Schul- und Modellversuchen) und nach 2020 auch als Pflegefachkraft enthalten. Des Weiteren wäre eine mehrjährige Berufserfahrung wünschenswert. Erfahrungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen können von Vorteil sein.

Umfang, Dauer und Form der Weiterbildung kann sich z.B. an den Empfehlungen der DKG zur beruflichen Weiterbildung in der Pflege orientieren. Dort umfasst eine Weiterbildung mindestens 720 Theorie- und 1.800 Praxisstunden, die berufsbegleitend innerhalb von zwei bis fünf Jahren erbracht werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2018, §7). Aufgrund noch fehlender, etablierter Strukturen wird sich die Empfehlung nicht zur Gänze und nicht Wortgenau übernehmen lassen. Außerdem ist zu überlegen, ob die Weiterbildung zwei Jahre dauern soll, oder wie in Brandenburg und Hessen nur zwölf Monate (mit 800 Theorie- und 850 angeleiteten Praxisstunden) (Möller, 2016, S. 24).

Eine andere Möglichkeit wäre, die Weiterbildung an das von der WHO entwickelte Konzept der *Family Health Nurse* oder Familiengesundheitspflege, anzulehnen. Um gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts zu begegnen, hat die WHO dieses neue Handlungsfeld definiert und ein Curriculum entwickelt (World Health Organization, 2000). Dieser sieht vor die Pflegekräfte in 40 Wochen in insgesamt 7 Modulen weiterzubilden. Inhalte dieser

⁹ Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Module sind z.B. Führungsstile und interdisziplinäre Zusammenarbeit, Informationsmanagement und Forschung, und Ressourcenmanagement (World Health Organization, 2000).

Für eine Weiterbildung zur SGP müssen sich die Inhalte der Maßnahme zusätzlich auf die Zielgruppe und ihre Umgebung beziehen. Neben Stunden zur physischen und psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, speziellen Erkrankungen im Kindesalter und die besonderen Bedürfnisse chronisch erkrankter Kinder, sollten auch Themen wie Schulorganisation/Schulrecht und Pädagogik darin vorkommen. Außerdem sollten der Datenschutz und der Umgang mit diesem, mögliches Verhalten in Konfliktsituationen und Forschung und Qualitätssicherung noch einmal thematisiert werden.

Für die Inhalte könnte man sich auch an dem für das Modellprojekt in Brandenburg und Hessen entwickelten Curriculum orientieren (Möller, 2016; Sauer & Lojewski, 04.10.18).

Nach einer ersten bayernweiten Etablierung von SGPs und der Entwicklung von festen Strukturen, sollte das Weiterbildungskonzept evaluiert und überarbeitet werden.

5.4 Mögliche Finanzierung und entstehende Kosten

Bei Überlegungen zu einem Konzept stellt sich ganz schnell die Frage: wie viel kostet es und wer soll es bezahlen?

Bei der Frage nach der Finanzierung eines solchen Konzepts, hat die Bundesregierung mit dem Präventionsgesetz eine solche Möglichkeit geschaffen. Im §20a des SGB V ist geregelt, dass Krankenkassen „den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ (Bundestag der Bundesrepublik Deutschland, 2015, Art.1 Nr.5) in den Lebenswelten fördern sollen. Unter diesen Strukturen „werden der Gesundheit dienliche verhältnisbezogene Regelungen und Handlungsrountinen [...] [verstanden]. Hierbei handelt es sich um organisatorische Regelungen (z.B. eine bewegungsförderliche Pausengestaltung, ein vollwertiges Verpflegungsangebot oder die regelmäßige Integration von Gesundheitsthemen in den Unterricht)“ (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 21).

Außerdem wurde festgeschrieben, dass die Krankenkassen einen bestimmten Mindestbetrag zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben ausgeben müssen. Dies beinhaltet auch Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Bundestag der Bundesrepublik Deutschland, 2015, Art.1 Nr.4 Abs.6; Geene & Reese, 2016, S. 105–108). Damit könnte man eine erste Finanzierung für SGPs sicherstellen. Dies soll aber nicht bedeuten, dass Krankenkassen die Finanzierung allein übernehmen. Vielmehr ist es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für die auch Länder und Kommunen verantwortlich sind (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 21). Dies wird unter anderem in §5 und Anlage 4 der LRV Bayern geregelt, in der jeder Beteiligte

selbst entscheidet ob und in wie weit er sich an einem LRV-Projekt beteiligt (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, n.d., §1, 2017, §5).

Die Gesamtkosten können hier nur ungefähr angegeben werden, und belaufen sich bei den Personalkosten auf ca. 30.428.277,32 € (622 SGPs) bzw. ca. 35.320.283,32 € (bei 726 SGPs) im Jahr (Berechnungen siehe Anhang 2).

Für einmalige (z.B. Qualifizierungsmaßnahme zur SGP) und sonstige laufende Kosten (Behandlungszimmer/Büro, Verbrauchsmaterialien) können hier keine realistischen Zahlen angegeben werden.

6 Fazit

Ziel dieser Arbeit war es, die Grundlagen und das Konzept der Schulgesundheitspflege vorzustellen und zu untersuchen, in wie weit es im Hinblick auf den Ist-Zustand für Deutschland, und im speziellen für Bayern, ein mögliches Konzept darstellt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die rechtlichen Grundlagen für eine Einführung von Schulgesundheitspflegekräften vorhanden sind.

Aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention wäre es ein großer Schritt dauerhaft in den Schulen präsent zu sein. Projekte und Maßnahmen könnten so ihren Projektcharakter verlieren und in den gelebten Schulalltag besser integriert werden.

Für die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Inklusion von Kindern mit gesundheitlichem Unterstützungsbedarf, wären Schulgesundheitspflegekräfte ein nicht unerheblicher Faktor. Aus anderen Ländern und aus den ersten Evaluationen des Modellprojekts in Brandenburg und Hessen kann geschlossen werden, dass eine Einführung machbar ist. Der Nutzen kann noch nicht im Ganzen abgeschätzt werden, wird aber als sehr positiv gesehen.

Die Einführung wäre ein positiver Weg, Kinder und Jugendliche in ihren selbstbestimmten Gesundheitsentscheidungen zu unterstützen und ihnen zu helfen, in Sachen Gesundheit zu mündigen und gut informierten Bürgern heranzuwachsen. Der gesundheitlichen Ungleichheit, die

über den Bildungs- bzw. den finanziellen Stand der Eltern entsteht, könnte damit entgegengewirkt werden.

Für die Chancengleichheit bei Gesundheit und Bildung wären Schulgesundheitspflegekräfte ein wichtiges Bindeglied, welches nicht nur Schülern, sondern auch Eltern einen niederschweligen Zugang zu diesen Systemen bietet und helfen könnte mögliche Schranken oder Probleme zu beseitigen.

Kinder und Jugendliche, die an einer chronischen Erkrankung leiden, könnten unbesorgt die allgemeinbildenden Schulen besuchen und Eltern könnte ein Stück Sicherheit gegeben werden, dass ihre Kinder gut und sicher in der Schule versorgt sind.

Aber nicht nur Schüler und Eltern profitieren davon, sondern auch die Lehrkräfte und sonstiges Schulpersonal, da gerade in Notfallsituationen gut ausgebildetes und informiertes Personal vorhanden wäre. Lehrern würde hier manche Verantwortung abgenommen werden, für die sie ursprünglich nicht ausgebildet wurden.

Insgesamt wird das Konzept der Schulgesundheitspflege als große Chance gesehen, manche Probleme im Schnittbereich von Gesundheit und Bildung anzugehen und soziale Ungleichheiten abzubauen.

Für Bayern wäre es ein mögliches Konzept.

Ob es letztendlich auch realisiert wird, und welches die nächsten Schritte sein könnten, liegt ganz im Ermessen und der Verantwortung der Landesregierung und weiterer Entscheidungsträger.

Literaturverzeichnis

- AAP Council on School Health. (2016). Role of the School Nurse in Providing School Health Services. *Pediatrics*, 137, 34–39. Zugriff am 15.11.18. Verfügbar unter <http://pediatrics.aappublications.org/content/137/6/e20160852.full-text.pdf>
- American Nurses Association. (n.d.). *How to Become a Nurse*, American Nurses Association. Zugriff am 14.12.18. Verfügbar unter <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/how-to-become-a-nurse/>
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. (2018). *Digitale Pressemappe (04.10.2018)*, Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. Zugriff am 14.01.19. Verfügbar unter <https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-04-10-2018.html>
- AWO Potsdam; AOK; Unfallkasse Brandenburg; Land Brandenburg Ministerium für Bildung, Jugend und Sport; Land Brandenburg Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. (2017). *Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg offiziell begonnen*. Frankfurt (Oder). Zugriff am 14.11.18. Verfügbar unter https://masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/030_17_PM_Auftaktveranstaltung_Modellprojekt_Schulgesundheitsfachkraefte_230217.pdf
- Bayerischer Bezirketag (Hrsg.). (2014). *Resolution des Bayerischen Bezirketags zum Einsatz von Schulbegleitern/innen an Regel- und Förderschulen vom 3. Juli 2017*. Zugriff am 09.01.19. Verfügbar unter https://www.bezirk-oberbayern.de/output/download.php?file=%2Fmedia%2Fcustom%2F2378_1020_1.PDF&n=Resolution_Schulbegleitung_Bezirketag
- Bayerisches Landesamt für Statistik (Hrsg.). (2018). *Schulen. Ausgewählte Statistiken*. Zugriff am 14.01.18. Verfügbar unter <https://www.statistik.bayern.de/statistik/schulen/>
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. (2011). *Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPfleWoqG)*. Zugriff am 16.01.19. Verfügbar unter <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayAVPfleWoqG>true16.01.19>
- Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst (Hrsg.). (2014). *LehrplanPLUS Grundschule. Lehrplan für die bayerische Grundschule*. München. Zugriff am 19.12.18. Verfügbar unter <https://www.lehrplanplus.bayern.de/sixcms/media.php/107/LehrplanPLUS%20Grundschule%20StMBW%20-%20Mai%202014.956617.pdf>
- Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst (Hrsg.). (2016). *Medikamentengabe durch Lehrkräfte an Schulen*. München. Zugriff am 05.01.19. Verfügbar unter http://www.isb.bayern.de/download/20582/kms_medikamentengabe_durch_lehrkraefte.pdf
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (n.d.). *Finanzierungsvereinbarung zur Landesrahmenvereinbarung (LRV) Bayern gemäß § 5 der LRV Bayern*. Zugriff am 17.01.19. Verfügbar unter https://www.vdek.com/content/vdeksite/LVen/BAY/Vertragspartner/praevention/LRV/_jcr_content/par/download_6/file.res/LRV%20Anlage_4_Finanzierungsvereinbarung.pdf

- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.). (2015a). *Bayerischer Kindergesundheitsbericht*. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.). (2015b). *Bayerischer Präventionsplan*. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (2017). Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Freistaat Bayern (LRV Bayern). Zugriff am 17.01.19. Verfügbar unter https://www.vdek.com/content/vdeksite/LVen/BAY/Vertragspartner/praevention/LRV/_jcr_content/par/download_2/file.res/Landesrahmenvereinbarung%20LRV.PDF
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. (2008). Verordnung zur Schulgesundheitspflege: Schulgesundheitsverordnung. SchulgespfIV. Zugriff am 19.12.18. Verfügbar unter <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BaySchulgespfIV>true>
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.). (n.d.a). *Die Förderschulen in Bayern*. Zugriff am 05.01.19. Verfügbar unter <https://www.km.bayern.de/schueler/schularten/foerderschule.html>
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.). (n.d.b). *Inklusion - Schüler mit Behinderungen und sonderpädagogischem Förderbedarf an Bayern Schulen*. Zugriff am 05.01.19. Verfügbar unter <https://www.km.bayern.de/inklusion>
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus & Verband der bayerischen Bezirke (Hrsg.). (2012). *Einsatz von Schulbegleitern an allgemeinen Schulen (Regelschulen) bei der Beschulung von Schülern/innen mit Behinderung i.S.d. § 54 Abs. 1, Satz 1 Nr. 1 SGB XII (12. Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe). Überarbeitete Gemeinsame Empfehlungen des Verbandes der bayerischen Bezirke und des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus*. München. Zugriff am 05.01.19. Verfügbar unter https://www.km.bayern.de/download/13800_anlage_1_empfehlungen__einsatz_von_schulbegleitern_nach_sgb_xii_an_allg._schulen.pdf
- Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung. (n.d.). *Gesundheit für Kinder und Jugendliche. Projekte in der Schule*, Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung. Zugriff am 19.12.18. Verfügbar unter <https://www.zpg-bayern.de/projekte-in-der-schule.html>
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.). (2018). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. Zugriff am 07.12.18. Verfügbar unter https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=43
- Brüggemann, S., Niehues, C., Rose, A. D. & Schwöbel, B. (Hrsg.). (2015). *Psyhyrembel Sozialmedizin und Public Health* (2., aktualisierte Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Bundestag der Bundesrepublik Deutschland. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG). *Bundesgesetzblatt, 2015* (Teil I Nr. 31), 1368–1379. Zugriff am 09.01.19. Verfügbar unter http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2000). *Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung* (2. Aufl.) (Konzepte/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Nr. 2). Köln. Zugriff am 26.12.18. Verfügbar unter <https://service.bzga.de/pdf.php?id=b23092e3f94346f85b553483269a5fb5>
- Clinical Studies Sweden (Swedish Research Council, Hrsg.). (24.05.18). *The Swedish healthcare system*. Zugriff am 11.12.18. Verfügbar unter <https://www.kliniskastudier.se/english/sweden-research-country/swedish-healthcare-system.html>
- Dadaczynski, K. (2012). Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20, 141–153. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000072>
- DBfK. (2014a). *Gesund aufwachsen - Schulgesundheitspflege in Deutschland* (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 10.12.18. Verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Schulgesundheitspflege_2014-12-11.pdf
- DBfK (DBfK Bundesverband, Hrsg.). (2014b). *Schulgesundheitspflege – auch in Deutschland?* Zugriff am 14.11.2018. Verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/Schulgesundheitspflege-auch-in-Deutschland.php>
- DBfK. (Januar 2018). *Position des DBfK zu Schulgesundheitspflege. Gesunde Schulen - Gesunde Schüler/innen - Schulgesundheitspfleger/innen* (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 13.11.18. Verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-zu-Schulgesundheitspflege-2018-01-12.pdf>
- Department of Health (Hrsg.). (2009). *Healthy Child Programme. From 5-19 years old*. London. Zugriff am 06.12.18. Verfügbar unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/492086/HC_P_5_to_19.pdf
- Department of Health (Hrsg.). (2012). *Getting it right for children, young people and families. Maximising the contribution of the school nursing team: Vision and Call to Action*. Verfügbar unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216464/dh_133352.pdf
- Department of Health & Public Health England (Hrsg.). (2014). *Maximising the school nursing team contribution to the public health of school-aged children. Guidance to support the commissioning of public health provision for school aged children 5-19*. Verfügbar unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/303769/Service_specifications.pdf
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.). (n.d.). *Aus- & Weiterbildung pflegerische Berufe*. Zugriff am 16.01.19. Verfügbar unter https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/146/title/Pflegerische_Berufe

- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.). (2018). *DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vom 29.09.2015, geändert am 17.09.2018*. Zugriff am 16.01.19. Verfügbar unter https://www.dkgev.de/media/file/97231.2018_09_17_DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Pflege.pdf
- Dillmann, M., Bensch, S. & Kocks, A. (2015). Das könnte Schule machen. *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 04, 118–122. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1554082>
- Fagerholt, G. (2009). An overview of the school nursing role in Sweden. *British Journal of School Nursing*, 4, 511–514.
- Fleischmann, S. & Fischbach, T. (2017, 17. März). *Einführung von Schulgesundheitsfachkräften in Deutschland* (Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV) im VBE & Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Hrsg.). Berlin. Zugriff am 14.11.18. Verfügbar unter <https://www.bllv.de/vollstaendiger-artikel/news/einfuehrung-von-schulgesundheitsfachkraeften-in-deutschland/>
- Geene, R. & Reese, M. (2016). *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2018). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018*. Berlin. Zugriff am 17.01.19. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barierefrei.pdf
- GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund & Verband der Privaten Krankenversicherung (Hrsg.). (2018). *Bundesrahmenempfehlungen nach § 20 Abs. 3 SGB V*. Zugriff am 17.01.19. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf
- Great Education Colorado. (n.d.). *Public School Funding FAQs*, Great Education Colorado. Zugriff am 15.12.18. Verfügbar unter <https://www.greateducation.org/statistics-faqs/funding-faqs/public-school-funding/>
- Greiner, W., Batram, M., Damm, O., Scholz, S. & Witte, J. (2018). *Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 23). Schwerpunkt: Familiengesundheit. Heidelberg: Medhochzwei Verlag GmbH.
- Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer* (Kompaktreihe Gesundheitswissenschaften, 1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Hall, D. M. B. (1999). School nursing: past, present, and future. *Archives of Disease in Childhood*, 81, 181–184. <https://doi.org/10.1136/adc.81.2.181>

- HBSC International Coordinating Centre. (n.d.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Die internationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, HBSC International Coordinating Centre. Zugriff am 20.12.18. Verfügbar unter <http://hbsc-germany.de/>
- HBSC-Studienverbund Deutschland. (2015). *Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen"*. Zugriff am 20.12.18. Verfügbar unter http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2016/01/Faktenblatt_Subjektive-Gesundheit_final-2015.pdf
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 784–793. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0241-7>
- Holoch, E., Lüdeke, M. & Zoller, E. (Hrsg.). (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Houlahan, B. (2018). Origins of School Nursing. *The Journal of School Nursing: the Official Publication of the National Association of School Nurses*, 34, 203–210. <https://doi.org/10.1177/1059840517735874>
- Imh-Projektteam & Pädagogische Hochschule Heidelberg (Hrsg.). (n.d.). *Integration und Inklusion*. Zugriff am 15.11.2018. Verfügbar unter http://www.imhplus.de/index.php?option=com_content&view=article&id=613&Itemid=207&lang=de
- InternationalStudent.com. (n.d.). *Nursing Programs in the US*, InternationalStudent.com. Zugriff am 14.12.18. Verfügbar unter <https://www.internationalstudent.com/study-nursing/nursing-programs-in-the-us/>
- The Kings Fund. (16.05.17). *How the NHS is funded*, The Kings Fund. Zugriff am 06.12.18. Verfügbar unter <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>
- Kocks, A. (2008). Schulgesundheitspflege. Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege & Gesellschaft*, 13, 246–259.
- Kocks, A. (2017). Das internationale Berufsbild der Schulgesundheitspflege oder der Paul kann nicht pinkeln. In E. Holoch, M. Lüdeke & E. Zoller (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* (S. 206–225). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, 19–36. Zugriff am 20.12.18. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2018_Soziale_Unterschiede_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile
- Kuntz, B., Waldhauer, J., Zeiher, J., Finger, J. D. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, 45–63. <https://doi.org/10.25646/5617>

- Landtag des Freistaates Bayern. (2000). Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG). Zugriff am 09.01.19. Verfügbar unter <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayEUG/true>
- Möller, I. (2016). *Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften* (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V., Hrsg.). Zugriff am 09.01.19. Verfügbar unter <https://www.awo-potsdam.de/files/Schulpflegekraefte/Curriculum%20f%C3%BCr%20Schulgesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf>
- Möllers, H. (Autor), 21.01.19. *Das Märchen von der Inklusion. Eine Bilanz nach 10 Jahren*, ARD; Radio Bremen [Reportage & Dokumentation]. Verfügbar unter <https://www.ardmediathek.de/ard/player/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL3JlcG9ydGFnZSBfIGRva3VtZW50YXRpb24gaW0gZXJzdGVuLzFhNWw4OTFILTUyYTctNDk5Mi1hZmVkLWMwZGM2YzlhNDRjZg/das-maerchen-von-der-inklusion>
- National Association of School Nurses & American Nurses Association (Hrsg.). (2017). *School nursing. Scope and standards of practice* (3rd edition (E-Book)). Silver Spring, Maryland.
- National Careers Service. (n.d.). *School Nurse*, Education and Skills Funding Agency. Zugriff am 11.12.18. Verfügbar unter <https://beta.nationalcareersservice.direct.gov.uk/job-profiles/school-nurse#>
- National Conference of State Legislatures. (n.d.). *School Finance*, National Conference of State Legislatures. Zugriff am 15.12.18. Verfügbar unter <http://www.ncsl.org/research/education/school-finance.aspx>
- Neuhauser, H. & Poethko-Müller, C. (2014). Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland : Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57, 779–788. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1976-6>
- New America. (n.d.). *School Funding*, New America. Zugriff am 15.12.18. Verfügbar unter <https://www.newamerica.org/education-policy/topics/school-funding-and-resources/school-funding/>
- NHS. (13.04.16). *About the NHS*, NHS. Zugriff am 06.12.18. Verfügbar unter <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/the-nhs/>
- Niehoff, J.-U. & Abholz, H.-H. (2011). *Sozialmedizin systematisch* (Klinische Lehrbuchreihe, 3. Aufl.). Bremen: UNI-MED-Verl.
- Niehoff, U. (2017a). Inklusion. In Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 435–436). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Niehoff, U. (2017b). Integration. In Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 439–440). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Nursing & Midwifery Council (Hrsg.). (n.d.). *Standards of proficiency: Specialist community public health nurses*. London. Zugriff am 06.12.18. Verfügbar unter <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-stand-alone-standards-of-proficiency-for-specialist-community-public-health-nurses.pdf>
- Nursing & Midwifery Council (Hrsg.). (2004 (rev. 2015)). *Standards of proficiency for specialist community public health nurses*. London. Zugriff am 05.12.18. Verfügbar unter <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-of-proficiency-for-specialist-community-public-health-nurses.pdf>
- Parliament of the United Kingdom. (1907). Education (Administrative Provisions) Act 1907. Zugriff am 04.12.18. Verfügbar unter <http://www.educationengland.org.uk/documents/acts/1907-education-admin-prov-act.html>
- Parliament of the United Kingdom. (2002). Nursing and Midwifery Order 2001. Zugriff am 06.12.18. Verfügbar unter http://www.legislation.gov.uk/uksi/2002/253/pdfs/uksi_20020253_en.pdf
- Paulus, P., Hundeloh, H. & Dadaczynski, K. (2016). Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 237–242. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0561-2>
- Persson, L. (2016). *Health promotion in schools. Results of a Swedish public health project* (Karlstad University studies, 2016:24). Karlstad.
- Pertsch, E. (1997). *Langenscheidts Großes Schulwörterbuch Lateinisch - Deutsch* (11. Aufl.). Berlin, München: Langenscheidt.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 8–15. Zugriff am 20.12.18. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_allgemeine_Gesundheit_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile
- Praeger, S. & Zimmerman, B. (2009). State regulations for school nursing practice. *The Journal of School Nursing: the Official Publication of the National Association of School Nurses*, 25, 466–477. <https://doi.org/10.1177/1059840509352655>
- Rehrmann, N. (2008). Armut macht Kinder krank. *UGB-Forum*, 4/08, S. 172–175.
- Rising Holmström, M., Asplund, K. & Kristiansen, L. (2013). Promoting a relationship-based health practice: A challenge for school nurses. *British Journal of School Nursing*, 8, 30–38.
- Robert Koch Institut. (n.d.). *KiGGS - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, Robert Koch Institut. Zugriff am 20.12.18. Verfügbar unter <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>
- Robert Koch Institut (Hrsg.). (2006). *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin. Zugriff am 20.12.18. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/Ergebnisbrosch%C3%BCre.pdf?__blob=publicationFile

- Royal College of Nursing. (2017). *An RCN Toolkit for School Nurses. Supporting your practice to deliver services for children and young people in educational settings* (Royal College of Nursing, Hrsg.). London. Zugriff am 26.12.18. Verfügbar unter <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2017/august/pub-006316.pdf>
- Sauer, M. & Lojewski, J. (04.10.18). *Das Modellprojekt "Schulgesundheitsfachkräfte" in Brandenburg und Hessen. Gut vorbereitet - Die Revision des Curriculums*. präsentiert an der Fachtagung Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte, Potsdam. Zugriff am 14.01.19. Verfügbar unter <https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-04-10-2018.html>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.). (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin. Zugriff am 15.11.18. Verfügbar unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/7775446063/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf?t=1535644861>
- Schmitt, S. & Görres, S. (2012). Schulgesundheitspflege in Deutschland? - Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. *Pflege*, 25, 107–117. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000186>
- Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). (2012). *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012*. Berlin. Zugriff am 15.11.18. Verfügbar unter http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf
- Shipleigh Zaiger, D. (2000). School Nursing Services: The Early Years. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 16, 11–19.
- Socialstyrelsen - The National Board of Health and Welfare. (14.07.16). *Nurse responsible for general care*, Socialstyrelsen - The National Board of Health and Welfare. Zugriff am 12.12.18. Verfügbar unter <https://legitimation.socialstyrelsen.se/en/educated-within-eu-or-eea/nurse-responsible-for-general-care>
- Socialstyrelsen - The National Board of Health and Welfare. (2017). *The role of the Swedish National Board of Health and Welfare*. Zugriff am 11.12.18. Verfügbar unter <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20488/2017-2-11.pdf>
- Speckemeier, C., Gerber-Grote, A. & Schickendantz, S. (2015). Chronisch kranke Kinder: Hilfe zum Besuch von Regelschulen. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, A 1090 - A 1091.
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (Hrsg.). (n.d.). *Gesundheit-und-Schule.Info*. Zugriff am 05.01.19. Verfügbar unter <http://www.gesundheit-und-schule.info/>
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Zahl der Schulanfängerinnen und Schulanfänger 2018 nahezu unverändert im Vorjahresvergleich*. Zugriff am 14.01.19. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/11/PD18_438_211.html

- Swedish Council for Higher Education. (07.03.18). *Study levels and degrees*, Swedish Council for Higher Education. Zugriff am 12.12.18. Verfügbar unter <https://www.studera.nu/startpage/higher-education-studies/higher-education-in-sweden/study-levels-and-degrees/>
- Tannen, A., Adam, Y., Ebert, J. & Ewers, M. (2018). *Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen - SPLASH. Teil 1: Analyse der Ausgangslage* (Working Paper No. 18-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik). Berlin: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Charité - Universitätsmedizin Berlin. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17173.63206>
- Uhlmann, B. (2018, 28. August). Wenn das Elternhaus krank macht. *Süddeutsche Zeitung*. Zugriff am 12.11.18. Verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/kassenstudie-wenn-das-elternhaus-krank-macht-1.4106751>
- USA.gov. (23.11.18). *How Laws Are Made and How to Research Them*, USA.gov. Zugriff am 13.12.18. Verfügbar unter <https://www.usa.gov/how-laws-are-made>
- Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft & dbb beamtenbund und tarifunion (Hrsg.). (2018). *Durchgeschriebene Fassung des TVöD für den Dienstleistungsbereich Pflege- und Betreuungseinrichtungen (TVöD-B). vom 1. August 2006, in der Fassung der Änderungsvereinbarung Nr. 12 vom 18. April 2018*. Zugriff am 22.01.19. Verfügbar unter [https://www.vka.de/assets/media/docs/0/Tarifvertr%C3%A4ge/TV%C3%B6D-B_iF_%C3%84V-12_Lesefassung\(1\).pdf](https://www.vka.de/assets/media/docs/0/Tarifvertr%C3%A4ge/TV%C3%B6D-B_iF_%C3%84V-12_Lesefassung(1).pdf)
- Weigl, E. & Dirnaichner, U. (2015). Schulbegleiter. Unterstützung der Schulen bei der Beschulung von Schülern mit Behinderung. *Schulverwaltung: Fachzeitschrift für Schulentwicklung und Schulmanagement. Bayern*, 38, 19–22.
- Willgerodt, M. A. (2018). School Nursing Practice in the United States: An Introduction to NASN Infographics. *NASN School Nurse (Print)*, 33, 239–243. <https://doi.org/10.1177/1942602X18778834>
- Willgerodt, M. A., Brock, D. M. & Maughan, E. D. (2018). Public School Nursing Practice in the United States. *The Journal of School Nursing: the Official Publication of the National Association of School Nurses*, 34, 232–244. <https://doi.org/10.1177/1059840517752456>
- Workforce and Facilities Team, NHS Digital. (2018). *NHS Hospital & Community Health Service (HCHS) monthly workforce statistics. HCHS staff (excluding Doctors) by Staff Groups, Area and Level in Trusts and CCGs - Full Time Equivalent* (NHS Digital, Hrsg.). Zugriff am 06.12.18. Verfügbar unter <https://files.digital.nhs.uk/1F/3DFEB0/NHS%20Workforce%20Statistics%2C%20August%202018%20Staff%20Group%2C%20Area%20and%20Level.xlsx>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta for Health Promotion*. Zugriff am 13.11.18. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- World Health Organization. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Zugriff am 13.11.18. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

World Health Organization. (1998). *Health-promoting schools: a healthy setting for living, learning and working*. Genf. Zugriff am 13.11.18. Verfügbar unter <http://www.who.int/iris/handle/10665/63868>

World Health Organization. (2000). *The family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum* (EUR/00/5019309/13). Copenhagen: World Health Organization.

Zeit Online (Zeit Online, Hrsg.). (2018). *Kinder- und Jugendreport: Gebildete Eltern haben gesündere Kinder*. Zugriff am 14.11.2018. Verfügbar unter <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-08/kinder-und-jugendreport-gesundheit-kinder-bildungsstatus-karies-uebergewicht>

Anhang 1: Berufsbild und Tätigkeitsprofil

Bei der Definition des Berufsbildes orientiert sich die Autorin an der von der *National Association of School Nurses* und der *American Nurses Association* herausgegebenen Definition (National Association of School Nurses & American Nurses Association, 2017, cap. Definitions and Distinguishing Characteristics of School Nursing Practice).

Definition des Berufsbildes:

Die Schulgesundheitspflege sichert und fördert die Schüler- und Schulgesundheit und unterstützt die Entwicklung und den akademischen Erfolg. Sie ist Bindeglied zwischen Gesundheitssektor und Bildungssystem, und Mitwirkende an der Schaffung eines Systems, welches die Chancengleichheit aller Beteiligten anstrebt. Dabei soll sie ihre Arbeit bestmöglich am aktuellen Stand der Pflegewissenschaft und ihrer Bezugswissenschaften ausrichten.

Tätigkeitsprofil/Aufgabenbereich:

1. Gesundheitliche Versorgung:

Akutversorgung bei Verletzungen, Notfällen oder akuten Erkrankungen.

2. Unterstützung und Versorgung bei speziellen Bedürfnissen

Pflegerische Versorgung bzw. medizinische Behandlungspflege bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen und Unterstützung bei der (Wieder-)Eingliederung.

3. Gesundheitsförderung und Prävention

Darunter fallen u.a.:

- die Schulumfeldgestaltung (Unfallprävention, Gestaltung eines sicheren und gesundheitsfördernden Umfelds)
- Beratung, Information/Aufklärung und Schulung (z.B. zu verschiedenen Erkrankungen, Stressmanagement, Sexualität und HIV/AIDS oder Drogen und Suchtverhalten)
- Früherkennung (offene Sprechstunde, Hilfestellungen bei gesundheitlichen Auffälligkeiten)
- Initiierung/Durchführung/Unterstützung von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention, sowie Unterstützung der Lehrkräfte bei gesundheitlichen Themen im Unterricht

4. Ansprechpartner & Vertrauensperson

Durch kontinuierliche Präsenz einen niederschweligen Zugang für besonders gefährdete und vulnerable Gruppen schaffen.

5. Vermittler & Führsprecher

Bindeglied und Vermittler zwischen Schülern, Lehrkräften und Eltern bei gleichzeitiger Führsprache für Schülerbelange.

6. Kooperation

Zusammenarbeit mit Stellen im außerschulischen Gesundheits- und Bildungsbereich.

7. Qualitätssicherung & Forschung

Über Dokumentation erfolgt die Qualitätssicherung; außerdem soll die Qualität über die Teilnahme an und den Zugang zu aktueller Forschung in den Pflege- und Bezugswissenschaften gesichert werden.

Anhang 2: Berechnung der Kosten

Personalkosten (Arbeitgeberbrutto):

Die Eingruppierung der SGPs könnte nach dem TVöD-B geregelt werden, da sie in einer Betreuungseinrichtung arbeiten, die der Erziehung von Kindern- und Jugendlichen dient (Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände [VKA], Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft [ver.di] & dbb beamtenbund und tarifunion, 2018, §1).

Aufgrund der Anlage 1 können SGPs in der Entgeltgruppe P8, bzw. bei entsprechender Anerkennung als Fachweiterbildung, in P9 eingestuft werden (VKA et al., 2018, Anlage 1).

Die Überlegungen für diese Entgeltgruppe liegen in der größeren Verantwortung und dem weiteren Aufgabenfeld einer SGP im Gegensatz zu einer in der Klinik oder Altenheim arbeitenden Pflegekraft.

Ab 1. März 2019 würde das Grundgehalt in der Gruppe 9, Stufe 2 bei 3230,56 € liegen (VKA et al., 2018, Anlage E).

Jahresgehalt:	3.230,56 €	x12 =	38.766,72 €				
Sonderzahlungen:		+	2.000,00 €	(z.B. Weihnachtsgeld; geschätzter Wert)			
AN-Brutto:			40.766,72 €				
	40.766,72 €	x20% =	8.153,34 €	(Sozialversicherungsbeiträge; geschätzter Wert)			
		+	40.766,72 €				
AG-Brutto:			48.920,06 €				

Somit würde eine SGP in Vollzeit dem Arbeitgeber ungefähr 48.920,06 € im Jahr kosten.

Bei 622 SGPs wären dies laufende Personalkosten von 30.428.277,32 € und bei 722 SGPs 35.320.283,32 € im Jahr.

Einmalige und weitere laufende Kosten:

Dazu kommen einmalige Kosten für die Qualifizierungsmaßnahme zur SGP und laufende Kosten für das Behandlungszimmer/Büro und das Verbrauchsmaterial (die hier nicht realistisch geschätzt oder berechnet werden können).

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 05.02.2019